

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P DE ENFERMERIA**

**Coherencia entre las anotaciones de enfermería y el  
estado de salud del paciente en postoperatorio  
inmediato en el servicio de cirugía del Hospital  
Nacional Dos de Mayo 2010**

**TESIS**

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR**

Mariel Anccasi Reyes

**ASESOR**

Juana Virginia Esperanza Echeandia Arellano

**Lima – Peru**

**2011**

**COHERENCIA ENTRE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA Y EL  
ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE EN POSTOPERATORIO  
INMEDIATO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

**2010**

## ÍNDICE

	Pg.
<b>RESUMEN</b>	1
<b>SUMMARY</b>	3
<b>PRESENTACIÓN</b>	5
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	8
A. Planteamiento del Problema	8
B. Formulación del Problema	13
C. Justificación	13
D. Objetivos	15
E. Propósito	15
F. Marco Teórico	16
F.1 Antecedentes	16
F.2 Base teórica	23
I. Intervención de Enfermería en el Primer y Segundo	
Nivel de Atención (Hospital N° 1 y 2)	23
A. Actividades de enfermería en el primer nivel de atención	23
II. Actividades de enfermería en el segundo nivel de atención	26
F.2.2 El Proceso de Atención de Enfermería	28

F.2.3 Los Registros de Enfermería	30
1. Normas para los registros de enfermería	31
2. Tipos de registros de enfermería	32
3. Requisitos básicos para un registro	32
F.2.4 Los Anotaciones de Enfermería	34
A. Características	34
B. Consideraciones	35
C. Utilidades	36
D. Importancia	36
F.2.5 Paciente Quirúrgico	40
1. Cuidados Preoperatorios	40
Atención de enfermería durante el periodo preoperatorio	40
Objetivos de la valoración preoperatoria	40
Programa específico de enseñanza al enfermo preoperatorio	41
Equipo y material de la preparación pre quirúrgica	42
Procedimiento de preparación pre quirúrgica	42
La enfermera debe informar a la familia sobre el paciente	44
2. Cuidados Postoperatorios	45
Actuaciones generales de enfermería postoperatoria en	
la unidad de hospitalización quirúrgica	45
Valoración del estado de salud del paciente	47

Monitorización del paciente	47
Complicaciones Postoperatorias	48
F.2.6 Relación de las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato	48
F.3 Definición Operacional de Términos	50
G. Operacionalización de variables	51
<b>CAPITULO II: MATERIALES Y METODO</b>	53
A. Tipo, Nivel y Método de Estudio	53
B. Descripción del Escenario	54
C. Población	54
D. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos (validez y confiabilidad)	55
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	57
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos	58
<b>CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	60

<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>70</b>
A. Conclusiones	70
B. Limitaciones	72
C. Recomendaciones	72
 Referencias Bibliográficas	 73
Bibliografía	75
Anexos	76

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por la formación académica recibida y por darme la oportunidad de desarrollarme dentro del área de Investigación.

A la Magister Juana Echeandía por su apoyo, su asesoramiento recibido y sus aportes valiosos en la elaboración de este proyecto de investigación.

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las  
personas más importantes  
de mi vida:

Ante todo Agradezco a Dios  
por darme la vida, ser mi  
guía en todo momento y no  
abandonarme en los  
momentos más difíciles de  
mi vida.

A mis padres por su apoyo,  
cariño y comprensión y en  
especial a mi hermana  
Catherine por su alegría y  
por ser modelo de ejemplo  
en mi vida, ayudándome  
siempre de manera  
personal y profesional.



## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación titulado: “Coherencia entre las Anotaciones de Enfermería y el Estado de Salud del Paciente en Postoperatorio Inmediato en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2010”, surgió teniendo como fuente las anotaciones de enfermería y que en estas se plasmen el estado de salud del paciente, se plantea como objetivo: Determinar la coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato; siendo el propósito de este trabajo dar a conocer los resultados de este estudio y destacar la importancia que tiene la elaboración de las anotaciones de enfermería sobre el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato a fin de que se formulen estrategias orientadas a mejorar las anotaciones de enfermería respecto a la importancia de su uso. la reflexión ante la problemática planteada. El diseño metodológico es de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter cuantitativo, el área de estudio estuvo constituido por el servicio de cirugía H4 del Hospital Nacional Dos de Mayo, siendo la población 40 pacientes en postoperatorio inmediato con sus respectivas anotaciones de enfermería. Los instrumentos elegidos fueron la hoja de registro y la lista de chequeo, cuya validez fue mediante juicio de expertos.

Los datos se presentaron en cuadros lo que permitió y facilitó el análisis de los mismos llegando a la siguiente conclusión:

No existe coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio, el cuidado brindado reflejado en este tipo de registros no ha sido integral, ya que el contenido de las anotaciones de enfermería revisadas solo se basan en términos generales sobre el estado del paciente.

En la elaboración de las Anotaciones de Enfermería encontramos que en más de la mitad no considera entre sus criterios de elaboración datos importantes, lo cual no nos permitiría valorar en su mayoría el cuidado brindado al paciente y si estos cuidados ayudaron a revertir la situación existente. Así mismo lo redactado limitaría la posibilidad de ampliar la información sobre el paciente, por lo tanto la comunicación escrita y la continuidad de los cuidados que le son brindados al paciente. Así mismo dentro de los hallazgos encontramos que existen anotaciones de enfermería incompletas.

**Palabras Claves:** Anotaciones de Enfermería, Estado de Salud, Paciente en Postoperatorio Inmediato.

## **SUMMARY**

The present investigation work titled: "Coherence between the Annotations of Nursing and the State of Health of the Patient in Postoperative Immediate in the Surgery's Service at the National Hospital Dos de Mayo 2010", it arose having as source the annotations of nursing and in these they be expressed the state of health of the patient, be planted like objective: Determining the coherence between the annotations of nursing and the state of health of the patient in postoperative immediate; being the purpose of this work to bring to know the results of this study and to emphasize the importance that has the elaboration of the annotations of nursing on the state of health of the patient in postoperative immediate in order to that strategies oriented be formulated to improve the annotations of nursing with respect to the importance of its use. The methodological design is of descriptive type of cross section, of quantitative character, the area of study was constituted by the surgery H4 at the National Hospital Dos de Mayo, being the population 40 patients in postoperative immediate with its respective annotations of nursing. The chosen instruments were the paper of registration and the lists of check, whose validity were by means of judgment of experts.

The data were presented in pictures what permitted and I facilitate the analysis of the same arriving at the following conclusion: Not exists coherence between the annotations of nursing and the state of health of the patient in postoperative, the care offered reflected is this type of registrations has not been integral, since the content of the annotations of nursing revised alone they are based on general terms on the state of the patient.

In the elaboration of the Annotations of Nursing we find that in more than the half does not consider among their important data elaboration criteria, which would not permit us to value mostly the care offered to the patient and if these cares helped to revert the existing situation. Thus same it edited would limit the possibility to expand the information on the patient, therefore the communication written and the continuity of the cares that are offered the patient. Thus same inside the finds we find that annotations exist of nursing incomplete.

**Key words:** Annotations of Nursing, State of Health, Patient in Postoperative Immediate.

## **PRESENTACIÓN**

Hoy el paciente es atendido por diversos profesionales y es así que se hace imprescindible el uso de registros sobre los cuidados que se brinda al paciente, sirviendo como medio de comunicación entre los diferentes profesionales de la salud.

En enfermería, una de las estrategias para garantizar la calidad del cuidado son las anotaciones de enfermería, documento de mayor importancia en la historia clínica. Ya que proporciona al equipo de salud los acontecimientos ocurridos en el paciente las 24 horas del día; de gran valor médico legal y muy utilizado en estos días como instrumento de gestión en las auditorías médica. Sin embargo los hechos revelan que las anotaciones de enfermería a pesar de ser un documento médico legal y utilizado en auditorías existen deficiencias en cuanto a su elaboración como a su contenido, ya que estos no evidencian la atención brindada al paciente y el estado de salud de éste en un determinado turno.

Ante este contexto se realizará el siguiente estudio de Investigación: “Anotaciones de Enfermería y el Estado de Salud del Paciente en Postoperatorio Inmediato en el Servicio de Cirugía del

Hospital Nacional Dos de Mayo.” y cuyo objetivo principal es determinar la relación entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato.

Los hallazgos de éste estudio, permitirán brindar información con el fin de destacar la importancia que tiene la elaboración de las anotaciones de enfermería sobre el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato dirigido al personal de enfermería y que sirva de evidencia científica a la práctica de registrar los cuidados de enfermería a fin que se elaboren estrategias que faciliten las condiciones organizacionales para el trabajo de enfermería y a la importancia de su uso.

El estudio será estructurado de la siguiente manera para su mejor comprensión: CAPITULO I: INTRODUCCIÓN, se considera el planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito de la investigación, así como también el marco teórico; dentro de el están los antecedentes del estudio realizado y la base teórica conceptual seleccionada; y definición operacional de términos. CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS donde se expone el tipo de estudio, descripción de la sede de estudio, descripción de la población y muestra, técnica de recolección de datos,

validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección de datos, procesamiento análisis e interpretación de datos. EL CAPITULO III; RESULTADOS Y DISCUSIÓN. CAPITULO IV; CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.**

Aproximadamente el 60% del personal de salud de los países de Latinoamérica es personal de enfermería, dentro de este, el estamento profesional no llega más allá del 40%, se observa escasez de profesionales de enfermería que se ve agravado por la inadecuada distribución en los espacios poblacionales; se encuentran, en su mayor parte, concentradas en las capitales y en las principales ciudades de los países latinoamericanos.

En su ejercicio profesional la enfermera realiza funciones en el área asistencial, administración, docencia e investigación; áreas cada vez más amplias y complejas, determinadas por los constantes avances científicos y tecnológicos de la época, lo que obliga a asumir



una preparación y capacitación constante, con una base científica mucho más sólida capaz de evidenciarse en el cuidado y en el uso adecuado de sus registros.

La enfermera en su función administrativa más importantes que realiza a diario las 24 horas del día y a todos los pacientes son los registros y entre estos tenemos las “anotaciones de enfermería”, el registro más relevante de la historia clínica que permite conocer el estado de salud del paciente, hechos o sucesos resaltantes; asimismo, en este registro se plasman las acciones, de planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería al paciente en el transcurso del día, cubriendo todas las necesidades que presenta en el contexto de salud-enfermedad, enfatizando no solo el aspecto físico, sino también el psicológico, social, espiritual.

Convirtiéndose por lo ya mencionado anteriormente en un registro esencial, de gran valor médico legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad de la atención de enfermería.

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que:

*“La enfermera debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional.”<sup>(1)</sup>*

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que:

“El registro constituye un medio de comunicación fundamental ya que forma parte esencial de las diversas fases del proceso de atención de enfermería que conlleva a la administración eficiente del cuidado del paciente”. Kozier (1994) puntualiza lo siguiente:

*“El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad.”<sup>(2)</sup>*

Las anotaciones de enfermería deben guardar relación significativa con el estado de salud del paciente hospitalizado ya que este documento evidencia como el paciente se encuentra en el servicio. Estas anotaciones están contenidas por la valoración, los diagnósticos, las acciones y la evaluación que realiza la enfermera durante el turno y estas avalan el trabajo de la enfermera.

Los cuidados actuales en el paciente, con su mayor demanda de enfermeras profesionales necesitan el desarrollo de un sistema de anotación profesional y eficiente.

Sin embargo a pesar de la significativa importancia que se le atribuye al registro, para la continuidad del cuidado, se evidencia al respecto estudios relacionados a las anotaciones de enfermería específicamente a sus características como son claridad, precisión, aplicación de un modelo científico (SOAPIE) para su elaboración y evaluación de la calidad del registro, etc. Los resultados nos evidencian que las anotaciones son medianamente significativas, incompletas, reflejan que el cuidado brindado no es integral y que, en alguno de ellos, no guarda estrecha relación con el estado de salud del paciente.

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno.

Lógicamente, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como

resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo.

Este marco referencial generó interés durante mis prácticas y se evidenció que en el diario trabajo las enfermeras aún realizan sus anotaciones de enfermería con observaciones muy subjetivas como “pasó la noche tranquilo”, “queda tranquilo”, “sin novedad”, a veces con enmendaduras y borrones, también utilizan diferentes colores de lapiceros lo que hace que pierdan y carezcan del verdadero valor científico que deban poseer; por otro lado es necesario reconocer que el mejoramiento de la calidad del cuidado implica también mejorar los registros no solo por su contenido o significado, sino porque constituye un instrumento de gestión que respalda el quehacer profesional de la enfermera.

Las anotaciones de enfermera son registros de carácter legal, instrumento de auditoria, medio de comunicación escrita y, asimismo, es un medio por el cual se puede valorar la práctica que desarrolla la/el enfermera(o) dentro del área asistencial. Sin embargo es importante evidenciar que muchas veces contienen datos irrelevantes, poco significativos, que no favorecen en la continuidad de la atención del paciente, y que requieren ser innovadas a partir de la reflexión sobre las competencias personales. En este escenario urge explorar

cuestiones como: ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de las anotaciones de enfermería?, ¿Estamos olvidando aspectos importantes del estado de salud del paciente y solo practicamos lo rutinario?, ¿Cuál es el contenido de las anotaciones?, ¿Por qué el profesional de enfermería no realiza correctamente las anotaciones? ¿Qué tipo de contenido existe en las anotaciones de enfermería sobre el estado de salud del paciente? ¿Qué aspectos del estado de salud del paciente hospitalizado registra la enfermera en las anotaciones de enfermería?

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

Por lo anteriormente expuesto se planteo la siguiente interrogante:

¿Cuál es la coherencia que existe entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2010?

## **C. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

La importancia del estudio de investigación radica en la propia naturaleza del cuidado integral que brinda la enfermera y que exige el desarrollo de competencias encaminadas a la realización de acciones tomando al paciente como un ser único, es decir en forma holística.

Las anotaciones de Enfermería es uno de los documentos de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, es el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la cantidad y calidad del trabajo de enfermería brindado y que permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados.

Por lo expuesto, se considera de vital importancia realizar el buen registro de las anotaciones de enfermería capaz de evidenciar el estado de salud del paciente hospitalizado así como la calidad del cuidado brindado.

Sin embargo aún se observa que las enfermeras no les confieren mayor importancia, realizando registros en forma rutinaria, sin precisión, ni objetividad, describiéndolas muy subjetivamente, y no reflejando el estado del paciente ni la calidad del servicio; esta es la razón que motiva a realizar la presente investigación.

## **D. OBJETIVOS**

### **1. General:**

- Determinar la coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato.

### **2. Específicos:**

- Identificar las características de las anotaciones de enfermería por área física y criterios de elaboración.
- Identificar las características del estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato en el área física.

## **E. PROPÓSITO**

El propósito de este trabajo es dar a conocer los resultados de este estudio, a las instancias correspondientes de la institución y relevar la importancia que tiene la elaboración de las anotaciones de enfermería sobre el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato dirigido al personal de enfermería a fin de que se formulen estrategias orientadas a mejorar las anotaciones de enfermería respecto a la importancia de su uso.

## **F. MARCO TEORICO**

### **F.1. ANTECEDENTES**

Para llevar a cabo el presente trabajo se revisaron algunos estudios anteriormente realizados acerca del tema, así tenemos:

**VERÓNICA ROXANA FRETTEL PORRAS**, en Lima en los años 2000-2002 realizó un estudio sobre **“Evaluación de las anotaciones de enfermería durante los años 2000-2002 en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”**, con el objetivo de Analizar el contenido de las Anotaciones de Enfermera en un hospital general de Lima. La población estuvo constituida por las historias clínicas de los años (2000-2002) que se encuentran en los archivos del HNGAI, las cuales contienen las anotaciones de enfermera que fueron 198 en estos años. El tipo de estudio fue de nivel aplicativo con enfoque cuantitativo, de método descriptivo exploratorio retrospectivo El método fue el descriptivo ya que se evaluaron anotaciones de enfermera revisados de los años 2000-2002. La técnica que se utiliza para obtener la información fue el Análisis de documentos, como instrumento se utilizó la lista de chequeo. Entre las conclusiones más importantes tenemos:



*“Las Anotaciones de enfermería son en un 50% medianamente significativas, siendo solo el 25 % significativas, lo cual evidencia que el cuidado brindado reflejado es este tipo de registros no ha sido integral.*

*El Contenido de las Anotaciones de Enfermería se refiere en un 73.9% a cuidados físicos, siendo considerados medianamente significativos, refiriéndose en su mayoría a tratamiento farmacológico administrado, dejando de lado cuidados para satisfacer problemas de alimentación, movilidad, autocuidado, entre otros.”<sup>(3)</sup>*

**CYNTHIA ANGLADE VIZCARRA**, en Lima en el año 2006 realizó un estudio acerca de **“Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos De Mayo”**, con el objetivo de Determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería y los factores asociados a su elaboración. La población estuvo constituida por 36 enfermeras y 240 historias clínicas. El enfoque del estudio es cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, de nivel aplicado. Se utilizaron dos instrumentos: lista de chequeo y el cuestionario. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“Las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que solo se toman en cuenta el área física más no la psicológica.*

*Las anotaciones refiere que en un 53,8% a cuidados físicos siendo considerado medianamente significativos, destacando solo el control de funciones vitales, examen físico y tratamiento farmacológico, dejando de lado la satisfacción de necesidades con respecto al área fisiológica.”<sup>(4)</sup>*

**MARIELA ELIDA PECHO TATAJE**, en Ica en el año 2003 realizó un estudio sobre **“Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica”** con el objetivo de determinar la efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería. La población estuvo constituida por todas las enfermeras del hospital regional de Ica. El tipo de estudio es cuantitativo de nivel aplicativo, el diseño metodológico es de corte transversal. Se utilizaron 2 instrumentos prueba objetiva y lista de chequeo. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“La aplicación del programa educativo fue efectivo dado que sus resultados mostraron un aumento altamente significativo en el conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería luego de concluido el programa.*

*Los conocimientos y la calidad de las anotaciones de enfermería mejoraron significativamente luego de aplicado el programa educativo”<sup>(5)</sup>*

**PATRICIA PASCUALA BETANCOURT PÉREZ, ROXANA FIGUEREDO DELZO, MILAGRITOS URIBE CRUZ**, en Lima en el año 1998 realizaron un estudio sobre **“Calidad de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”** con el objetivo de conocer el estado actual de la documentación en enfermería. La población fueron 230 anotaciones de enfermería en los turnos diurno y nocturno. El diseño fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se utilizó 1 instrumento lista de cotejo. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“En lo que se refiere a los criterios de forma las anotaciones de enfermería obtienen regular calidad 37.3 por ciento en el turno diurno, 40.9 por ciento en el turno nocturno debido a que no consideran en su totalidad los ítems evaluados”.<sup>(6)</sup>*

**CARMEN VARGAS-CUBERO, MARÍA AURELIA RUIZ-SÁNCHEZ**, en Costa Rica en el año 2003 realizaron un estudio sobre **“Evaluación de los aspectos legales de las notas de enfermería Hospital Nacional De Niños Y Del Hospital Escalante Pradilla”** con el objetivo de determinar si las enfermeras y auxiliares se protegen de potenciales y posibles implicancias legales en las notas de enfermería, la población fue el total de enfermeras y técnicas del hospital nacional de niños y del hospital Escalante Pradilla. El diseño fue descriptivo y de observación. Se utilizó 2 instrumentos datos básicos y lista de cotejo. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“La proporción de notas de enfermería refleja que las enfermeras escriben menos notas que las auxiliares.*

*Las enfermeras y las auxiliares de enfermería escriben notas pulcras, lo que reflejó el respeto por el expediente clínico; pero, los 22 expedientes cuyas notas merecieron la categoría Parcial, indican que debe mejorarse aspecto.*

*El uso de abreviaturas sin autorización es un descuido grave porque puede distorsionar el significado del registro.”<sup>(7)</sup>*

**ALESSANDRA ROSA CARRIJO, TAKA OGUISSO**, en Sao Paulo en el año 2006 realizaron un estudio sobre **“Trayectoria de las Anotaciones de Enfermería: un estudio en periódicos nacionales**

**(1957-2005)”** con el objetivo de analizar las temas más importantes en el contenido de la enfermería, la población fue 51 revistas que cubren los años 1957 a 2005. El diseño fue descriptivo y de observación. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“Hubo un crecimiento notable del número de estudios sobre el tema, siendo la anotación descriptiva la más estudiada y discutida. Sin embargo, esta práctica de enfermería sigue siendo realizada como un acto mecánico, con escaso contenido y sin reflexionar la atención de enfermería efectivamente prestada al paciente.”<sup>(8)</sup>*

**ANA R. ALCONERO CAMARERO, S. PÉREZ MENA, R. FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, J.M. SOLA VILLAFRANCA**, en España en el año 1998 realizaron un estudio sobre **“Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio”** con el objetivo de analizar los registros de enfermería en UCI cardiológica para conocer cómo valoran y reflejan las enfermeras en sus anotaciones el dolor del paciente con IAM, la población estudiada la constituyen 166 pacientes ingresados en la UCI Coronarios del Hospital

Universitario Marques de Valdecilla (Santander). El diseño fue retrospectivo. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

*“Según la documentación de enfermería, en el ingreso del paciente, irradiación del dolor se produce en el 37%, reflejándose con preferencia en el miembro superior izquierdo (15%) y en el espalda (13%). Sin embargo, en el 53% de los casos no se anota este parámetro en los registros de enfermería, siendo por ello su nivel de incumplimiento elevado.”<sup>(9)</sup>*

Se observa pocos o escasos estudios, con respecto a las anotaciones de enfermería y su relación con el estado de salud del paciente; de ahí que se considera pertinente realizar el presente estudio.

La información que la enfermera brinda en el reporte y las anotaciones de enfermería debe adaptarse al estado de salud del paciente ya que este permite que la enfermera evalúe los cuidados que realiza al paciente, evidenciándose en estos trabajos que cada vez son menos integrales y significativas.

## **F.2. BASE TEORICA**

Se presenta la base teórica que sustentará el estudio y que ayudará a fundamentar los hallazgos.

### **I. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (Hospital N° 1 y 2)**

La gran mayoría de personas en cuanto a necesidades sanitarias, van a depender de los equipos de atención primaria. El primer contacto de enfermera con los pacientes será a través de los centros de salud y por tanto las actividades que enfermera desarrolla en este nivel asistencial serán de gran trascendencia.

#### **A. Actividades de Enfermería en el Primer Nivel de Atención**

Las actividades de enfermería en Atención Primaria irán encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente para evitar un mal uso de los distintos niveles asistenciales, conseguir una menor dependencia de los servicios sanitarios y mejorar la calidad asistencial.

### **A.1 Valoración del estado de salud.**

El modelo de enfermería de Virginia Henderson, que es el más utilizado en nuestro país, propone que el ser humano forma un todo bio-psico-social y que independencia es igual a salud. A todo ser humano le atribuye catorce necesidades fundamentales. Enfermería realizará la valoración del estado de salud describiendo las manifestaciones de dependencia e independencia del paciente ante cada una de las necesidades fundamentales, esto corresponde a la valoración biológica o física, pero el ser humano forma un todo bio-psico-social, para completar la valoración del estado de salud del paciente hay que realizar una valoración funcional (capacidad de vivir de manera independiente), una valoración mental (evaluando la esfera cognitiva y afectiva del paciente) y por último una valoración social (relaciones sociales, recursos económicos, calidad de vida).

### **A.2 Cuidados de enfermería.**

Los cuidados de enfermería pueden prestarse en el centro de salud (consulta de enfermería a demanda o programada) o en el domicilio del paciente (visita domiciliaria). La atención domiciliaria está enfocada principalmente para prestar cuidados a aquellos pacientes que no pueden acudir al centro de salud por padecer enfermedades



graves o invalidantes, estar con tratamientos vitales, haber recibido el alta recientemente, padecer una enfermedad terminal, etc.

**a) Cuidados a demanda:**

Se atienden los problemas que presenta la población, pero además, podrán detectarse riesgos o enfermedades no advertidos por el paciente.

**b) Cuidados programados:**

Tienen como objetivo conseguir el adecuado control de enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipemias, EPOC, etc.

En este apartado dentro de los cuidados de enfermería debemos hacer mención especial a la:

**Vacunación** que aporta grandes beneficios para la salud a la población.

**Rehabilitación y la reintegración del paciente** en su medio habitual y en el mejor estado de salud, disminuyendo el grado de dependencia y contribuyendo a aumentar la autoestima.

### **3) Educación para la salud**

El objetivo que se persigue con la educación sanitaria es aumentar los conocimientos sanitarios tanto de la población paciente como en su familia y la comunidad, para corregir conductas que influyan negativamente sobre la salud del paciente.

## **II.- Actividades de Enfermería en el Segundo Nivel de Atención**

El objetivo de llegar a un cuidado progresivo del paciente desde la fase aguda de la enfermedad hasta conseguir el mayor grado de independencia hace que la atención hospitalaria esté en continuo cambio y renovación y que vayan surgiendo nuevas modalidades de asistencia sanitaria.

Las actividades de enfermería se han adaptado a cada una de estas modalidades según han ido surgiendo.

### **a) Hospital General**

Actividades de enfermería en los Hospitales:

- Recibir y acompañar al anciano y familiares.
- Procurar que se les proporcione a los pacientes ingresados un ambiente confortable, limpio y seguro.

- Enseñarles las normas y el funcionamiento de los distintos servicios.
- Valoración inicial del paciente elaborando la historia de enfermería.
- Valoración integral del paciente.
- Aplicar cuidados de enfermería durante el ingreso del paciente
- Cuidados de la higiene corporal y alimentación.
- Control de fármacos y pautas terapéuticas.
- Realizar pruebas diagnósticas: ECG, extracción sanguínea, etc.
- Control y cuidado de las heridas quirúrgicas y ulceraciones.
- Colaborar con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.
- Educación sanitaria a pacientes y familiares.
- Registrar y poner en conocimiento de sus superiores cualquier incidencia, anomalía, deficiencia que observe dentro del servicio encomendado.
- Preparar el alta hospitalaria.
- Elaborar registros y anotaciones de enfermería.

Dentro de las actividades propias de enfermería, la enfermera realiza la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

## **F.2.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)**

Patricia Lyer refiere sobre el PAE lo siguiente:

*“Método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo que busca la solución de problemas, el propósito es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad”<sup>(10)</sup>*

**El Proceso de Atención de Enfermería** es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

**Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

**Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona (estado del paciente), determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

### **F.2.3 LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Es la documentación escrita completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias al usuario y los resultados de las actuaciones de enfermería. Sirven como base legal para comprobar que la asistencia de enfermería sea realizada según las normas aceptadas para la práctica profesional. Podríamos definir los registros de enfermería como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad de la enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido, su evolución y estado del paciente.

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales debemos ser conscientes de su importancia y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento de los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión.

## **1. Normas para los registros de enfermería**

1. Debe ser objetiva.
2. No usar bueno, adecuado regular o malo.
3. Debe ser fiable.
4. No utilizar abreviaturas o símbolos.
5. Usar ortografía correcta.
6. Debe incluir observaciones de otros Profesionales.
7. Debe ser firmado y sellado al final de cada turno.
8. Debe ser concisa.
9. Debe ser actualizado.
10. Debe estar bien ordenado.
11. Debe ser confidencial.
12. No usar borrador.
13. Debe de escribirse con azul turno de día y con rojo de turno noche.
14. No dejar espacio entre un registro y otro.

El enfoque aborda por una parte el marco legal, y por otra la calidad de los registros de enfermería, enfocados desde las dimensiones científicas y de calidad.

Su principal finalidad sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, además de la finalidad docente-

investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. No podemos olvidar que otra de sus finalidades es la que podría denominarse jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales.

## **2. Tipos de registros de enfermería**

Registros más comunes en el área Hospitalaria.

- ✓ Registros Especiales.
- ✓ Registros que dependen del Área Administrativa del Establecimiento.
- ✓ Registros propios de Enfermería.
- ✓ Registros relacionados con el área Administrativa de Enfermería.

## **3. REQUISITOS BÁSICOS DE UN REGISTRO**

### **A. Relativos al Rol y Responsabilidad Profesional.**

- Actos y hechos relativos a la atención, valoración.
- Anotaciones inmediatas.
- Ingreso y egreso del Servicio.
- Evaluación inicial y al alta.



- Instrucciones o indicaciones al alta.
- Establecer controles periódicos.
- Especificar cuidados, procedimientos, observaciones, horarios, responsables de la atención
- Registrar causa de omisión de tratamiento.
- Cambios de estado en el paciente.

## **B. Lenguaje.**

No es aconsejable usar términos:

- **Absolutos:** Nunca, siempre, jamás. **Algunas veces, generalmente.**

- **Limitados:** Como enfermera (o) no debo, no puedo.

**Como enfermero (a) puedo aunque...**

- **Inespecíficos:** Me dijo,

**Identificar quien lo dijo: El Sr. Pérez me dijo...**

- **Comparativos:** Es demasiado, es lo peor,...

**La Sra. N. N. se encuentra enojada...**

- **Impersonales:** A uno le parece,

**A mí me parece...**

- **En tercera persona:** Se le dijo al Dr. López....

**Informo al Dr. López, Informe al Dr. López...**

- ***Inmedibles:*** El paciente está excelente. ***Se siente mejor, Regular, Delicado, etc.***

Se siente tan bien que será dado de alta.

***El paciente se encuentra mejor.***

#### **F.2.4. LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA**

Son documentos legales que forma parte del expediente clínico de cada paciente; sirve como registro de la información que se ha obtenido al realizar las diferentes acciones al paciente. Son notas de progreso que brindan información para resolver sus problemas.

Kozier define a las anotaciones como: *“Registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado así como posibles reacciones y cuidados brindados.”*<sup>(11)</sup>

##### **A. Características**

- Son significativos
- Emplea los instrumentos de la observación y entrevista terapéutica y llega a establecer un diagnóstico de enfermería.

- Son oportunas al determinar un valor científico de las anotaciones de enfermería, constituyendo a la vez una magnífica fuente de investigación de nuevos y mejores métodos para el cuidado de los pacientes.
- Valora el estado de salud del paciente, actualiza el plan de cuidado, evalúa los resultados
- Son concisas, precisas, secuencialmente lógicas, precisando la hora.
- Son claras, con redacción sencilla y comprensible, legible, evitando ambigüedades.
- Sin errores, ni enmendaduras.
- No utilizar diferentes colores de lapicero.

## **B. Consideraciones**

- Las anotaciones deben estar centradas en el problema del paciente
- Se debe considerar el problema actual ("hoy")
- Tener en cuenta las anotaciones anteriores para evitar duplicidad de comentarios
- Anotar primero la fecha, hora y problema
- Escribir la valoración de cada problema.

### **C. Utilidades**

- a) Se usa la nota de enfermería porque la fase de la ejecución de las acciones concluye con la anotación de la información obtenida. Es de suma importancia que todas las acciones que se llevaron a cabo queden bien registradas para poder establecer el logro satisfactorio de los problemas y necesidades del paciente; el logro de los objetivos y la resolución del diagnóstico inicial de enfermería.
- b) Se debe anotar la conducta observada en el paciente.
- c) Cuidados especiales que la (el) enfermera (o) considere necesarios para completar la información sobre la evolución del paciente.

### **D. Importancia**

#### **1. Aspecto legal**

#### **IMPLICANCIA ÉTICO – LEGAL**

***La responsabilidad***, es una disposición anímica a aceptar las consecuencias de nuestros actos. La responsabilidad cuando se lleva *al plano legal* se hace una ***obligación*** que lleva a reparar el daño causado por nuestra conducta o algún acto.<sup>(12)</sup>

#### **A. Responsabilidad:**

*Civil y Penal*, que son legales

#### **B. Los Registros tienen dos aspectos:**

**Según su Forma:** Se pueden impugnar o refutar o contradecir, por autenticidad, integridad, etc.

**Según su Fondo:** Contenidos, o sea conducta nexa causal y daño.

#### **C. Modelos de Registros:**

- Formato adecuado.
- Orden y cronología.
- Fecha y hora.
- Foliada, no alterar orden.
- Firma de la persona responsable.
- Lengua Castellana.
- Letra clara y legible.
- Lenguaje Técnico.
- Retórica o redacción adecuada.
- Evitar abreviaturas.
- No usar correctores ni enmendaciones.
- No escribir en interlíneas.
- No dejar espacios en blanco.
- No arrancar hojas.

**2. Comunicación para el personal implicado**

**3. Verificación de la evolución del paciente**

**4. Respuestas del paciente a la terapéutica médica y enfermería**

**5. Proporciona toda información, como:**

- Medidas terapéuticas del equipo interdisciplinario.
- Órdenes médicas realizadas por el personal de enfermería.
- Medidas de enfermería para la satisfacción de las necesidades específicas del paciente.
- Conducta del paciente y consideraciones importantes para su salud en una forma holística.
- Registro de la orientación y educación que se le ha brindado al paciente.

Estas anotaciones de enfermería se deben realizar en cada turno, con el objetivo de que cada persona encargada del paciente reciba una información total de la asistencia que se le ha brindado y pueda valorar la evolución del estado de salud, exámenes y estudios por realizar.

Será una guía en la valoración médica y el equipo interdisciplinario involucrado en la atención del paciente.

Como es un documento legal, si el personal se ve involucrado en un problema legal, éste será analizado y sellado hoja por hoja, por tal razón una completa nota de enfermería será su defensora.

Las notas de enfermería se deben abrir apenas se recibe al paciente, para evitar olvido de anotar detalles importantes siempre y cuando sea posible y, conforme sucedan los acontecimientos.

Se debe cerrar cuando la persona que la está realizando lo considere necesario, anotando claramente:

- Acciones cumplidas
- Diagnósticos cubiertos
- Tareas que nos quedaron pendientes

Estas anotaciones se deben realizar al pie del paciente donde la persona responsable de sus cuidados, lo pueda observar y le brinde la educación necesaria.

## **F.2.5 PACIENTE QUIRURGICO**

### **1. CUIDADOS PREOPERATORIOS**

#### **ATENCION DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PREOPERATORIO**

El periodo preoperatorio abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de que su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente, acepta este tratamiento y se fija una fecha para la intervención quirúrgica hasta que el enfermo es trasladado al área quirúrgica.

#### **OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN PREOPERATORIA:**

Recoger datos con el fin de identificar los factores de riesgo y planificar cuidados para mantener la seguridad del paciente a lo largo de toda la experiencia quirúrgica. Los objetivos de esta valoración son:

-Determinar el estado psicológico y emocional para reforzar las estrategias de superación y conseguir las condiciones óptimas para afrontar la intervención y prevenir las posibles complicaciones postoperatorias.



- Determinar los factores fisiológicos relacionados y no relacionados con el procedimiento quirúrgico que pueden aumentar el riesgo operatorio.
- Identificar las medicaciones prescritas, los fármacos sin receta médica y los productos naturistas que el paciente toma y que pueden alterar el resultado de la cirugía o la anestesia.
- Establecer los datos basales para comparar durante el periodo preoperatorio y postoperatorio.
- Identificar los factores culturales o étnicos, que pueden afectar a la experiencia quirúrgica.
- Determinar si el paciente ha recibido la información quirúrgica adecuada del cirujano para toma una decisión informada acerca de la cirugía.

## **PROGRAMA ESPECÍFICO DE ENSEÑANZA AL ENFERMO**

### **PREOPERATORIO:**

- Sobre respiraciones diafragmáticas
- Enseñarle a toser.
- Cambios posturales cada 2 horas.
- Enseñarle a levantarse del lecho
- Ejercicios de las extremidades inferiores

## **EQUIPO Y MATERIAL DE LA PREPARACIÓN**

### **PREQUIRÚRGICA:**

- Equipo necesario para la administración de enemas, si precisa.
- Pulsera de identificación.
- Maquinilla desechable de rasurar.
- Jabón.
- Toallas desechables.
- Bata desechable.
- Calzas desechable.
- Gorros desechables.
- Antiséptico bucal.
- Material necesario para la administración de enemas, si precisa.
- Material necesario para la administración de medicación.
- Registros de enfermería.
- Historia clínica.

### **PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado de la cirugía.

- Conocer el nivel de conocimientos previo del paciente relacionado con la cirugía.
- Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con la cirugía.
- Permitir al paciente que exprese sus dudas.
- Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.
- Confirmar la explicación recibida.
- Asegurarse de que el paciente está en ayunas, si precisa.
- Verificar que se ha firmado el consentimiento informado.
- Verificar que se han realizado las pruebas de laboratorio necesarias.
- Verificar que se ha realizado ECG, si precisa.
- Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.
- Comprobar que el paciente lleva la pulsera de identificación, y de alergias si procede.
- Verificar la necesidad de rasurado para la cirugía.
- Retirar anillos, pulseras, y extraer dentadura postiza, gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa.
- Quitar el esmalte de uñas y maquillaje, si precisa.
- Administrar enemas, si precisa.
- Administrar medicación previa a la cirugía si procede.

- Comprobar que el paciente se ha realizado la higiene previa a la cirugía o ayudar en la misma si no es autónomo.
- Comprobar que el paciente haya hecho el enjuague bucal con la solución antiséptica bucal.
- Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según protocolo.
- Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimientos realizados, fecha y hora de la cirugía, incidencias y respuesta del paciente.

**LA ENFERMERA DEBE INFORMAR A LA FAMILIA DEL  
PACIENTE SOBRE:**

- Dónde esperar hasta que el paciente regrese a la habitación.
- Dónde hay una cafetería o similar.
- Intervalos de tiempo para la cirugía prevista.
- Lugar de recibir la información después de la intervención.
- Qué preparar cuando el paciente vuelva de quirófano.

## **2. CUIDADOS POSTOPERATORIOS**

### **ACTUACIONES GENERALES DE ENFERMERIA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA**

Este periodo se inicia cuando el paciente una vez recuperado de la anestesia y estabilizado su estado posquirúrgico es trasladado a la unidad de hospitalización.

Tan pronto como se haya colocado en la cama de la unidad el profesional de enfermería realizará una rápida valoración de la situación del paciente en cuanto a:

- Registrar las constantes vitales cada media hora durante las primeras horas.
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.
- Valorar el estado respiratorio general: profundidad, ritmo y características.
- Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.
- Valorar el apósito quirúrgico, y los drenajes si los hay.
- Valorar pérdidas hemáticas si las hay.
- Realizar una valoración neurológica cada 15 minutos, para comprobar las repuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia.

- Controlar todos los catéteres, apósitos y vendajes.
- Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
- Controlar la diuresis, al menos cada media hora.
- Valorar la necesidad de sondar al paciente si la vejiga está distendida y sino orina en las 6-8 horas de la cirugía.
- Valorar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Controlar los efectos de la medicación administrada.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a la familia.
- Valoración de las directrices postoperatorias del cirujano y el anestesista. Después de llevar a cabo la valoración inicial completa del paciente y satisfacer las necesidades más inmediatas, el profesional de enfermería autorizará la visita de los familiares para explicarles:
  - Como se encuentra el enfermo.
  - Si los signos vitales son estables.
  - Objetivos y observación de los diferentes drenajes.
  - Vías intravenosas de los sueros.
  - Adormecimiento del paciente.
  - Ante cualquier cambio avisar inmediatamente al profesional de enfermería.

## **VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE**

- Estado respiratorio (frecuencia respiratoria, permeabilidad vías, ruidos, si el paciente recupera la capacidad tusígena)
- Estado circulatorio (pulso, PVC, PA, pulsos periféricos, color y temperatura de la piel)
- Estado neurológico (nivel de conciencia, orientación, respuesta de las extremidades)
- Estado general (temperatura, diuresis, fuerza muscular, dolor, apósitos, drenajes, suturas)
- Anestesia raquídea, epidural o regional (capacidad de movimiento del área intervenida)

## **MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE**

- Constantes vitales (FC, FR, TA)
- Hematocrito y hemoglobina
- Patrón respiratorio
- Estado de la piel
- Estado de conciencia (anestesia general) y sensibilidad y movilización de extremidades (anestesia regional o local)
- Control en la eliminación urinaria
- Balance hídrico y control de entradas y salidas.

## **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS**

- Apnea, hipoventilación e hipoxia (se debe medir la coloración de la piel para la detección)
- Hemorragia (hipotensión primer signo, alto riesgo de hipovolemia: pérdida de líquido)
- Hipotensión (alto riesgo de hipovolemia: pérdida de líquido)
- Hipertensión (mecanismo de compensación en un shock hipovolémico) Estaremos pendientes debido a que puede aparecer sobrecarga de líquidos (sueroterapia) o bien puede aparecer una respuesta a una situación avanzada de shock hipovolémico.
- Náuseas y vómitos (posición de seguridad, cabeza lateralizada)
- Dolor

## **F.2.6 RELACIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA Y EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE**

Las anotaciones de enfermería en relación al estado de salud del paciente debe esta relacionada con:

- El diagnóstico del paciente
- Intervenciones y respuestas del paciente a éstas
- Se debe realizar con una secuencia Céfaló Caudal:



- Apariencia general
- Estado de conciencia
- Órganos y sentidos
- Signos y síntomas
- Dieta
- Tratamiento
- Eliminaciones
- Complicaciones del postoperatorio

### **F.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**ANOTACIONES DE ENFERMERIA:** Es un documento legal que forma parte de la historia clínica del paciente en el servicio de cirugía donde las enfermeras registran las actividades realizadas y el estado general de los pacientes en postoperatorio inmediato. Las anotaciones son coherentes cuando registran el estado de salud del paciente.

#### **ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE EN POSTOPERATORIO**

**INMEDIATO:** es la condición en la que se encuentra el paciente en postoperatorio, dentro de las 6 horas después de terminar la intervención quirúrgica, al recibir el tratamiento de enfermería cuya información es registrada por la enfermera a través de las anotaciones de enfermería que evidencian este estado de salud.

## G. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional	Técnica	Escala de medición	Valor final
-Anotaciones de enfermería.	<b>Anotaciones de enfermería:</b> Es un documento legal que forma parte de la historia clínica de cada paciente; sirve como registro de la información que se ha obtenido al realizar las diferentes acciones al paciente.	• <b>Contenido</b>	<b>Física</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de acuerdo a la patología, funciones vitales y su interpretación. Temperatura, P.A, Pulso.</li> <li>• Tratamiento y Procedimientos realizados.</li> <li>• Estado de conciencia</li> <li>• Estado de la piel</li> <li>• Estado de las mucosas</li> <li>• Tipo de catéter</li> <li>• Tipo de dolor del paciente</li> <li>• Características de las secreciones en los apósitos de la herida operatoria</li> <li>• Hidratación parenteral</li> <li>• Administración de analgésicos</li> <li>• Características de eliminación (emesis)</li> <li>• Características de las sondas de drenaje</li> <li>• Diagnostico de enfermería.</li> <li>• Complicaciones derivadas de la enfermedad.</li> </ul>	Registro que realiza la enfermera en la historia clínica por cada turno de trabajo durante su intervención considerando las normas para su elaboración.	La técnica de recolección de datos: Análisis documental. Instrumento: lista de chequeo.	La escala de medición: ordinal.	-Si registra. -No registra.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forma</b></li> </ul>	<b>Criterios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad del registro.</li> <li>• Identificación.</li> <li>• Normas</li> </ul>				
-Estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato.	<b>Estado de salud del paciente en postoperatorio:</b> Es la condición con la que se encuentra el paciente internado al recibir el tratamiento de enfermería.	<b>Estado físico</b>	-Funciones vitales -Tratamiento y Procedimientos realizados.  -Complicaciones derivadas de la enfermedad.	Condición con la que se encuentra el paciente en el servicio en un turno al recibir el tratamiento de enfermería cuya información es registrada por la enfermera a través de las anotaciones de enfermería que evidencian este estado de salud.	Técnica de recolección de datos: Observación. Hoja de Registro.		-Bueno -Regular -Malo

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y METODO**

#### **A. TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO**

Este estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo y se utilizo el método descriptivo de corte transversal. Es cuantitativo porque mide los fenómenos o hechos susceptibles a ser medidos; descriptivo porque está dirigido a describir las características de las anotaciones de enfermería en relación al estado de salud del paciente, y transversal porque los datos serán obtenidos en un solo momento haciendo un corte en el tiempo.

## **B. DESCRIPCION DE ESCENARIO**

El área de estudio es el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en el distrito del Cercado de Lima, institución que cuenta con servicios como son los de Medicina Interna, Medicina Especialidades, Cirugía General, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesióloga y Centros Quirúrgicos, Consulta Externa por Hospitalización Emergencia y Cuidados Críticos donde se brinda atención integral de enfermería. Para fines de la investigación se ha tomado los servicios de cirugía general que se divide en 04 salas H3, H4, I3, I4.

## **C. POBLACIÓN**

La población estuvo constituido por 40 pacientes en post-operatorio inmediato que fueron operados durante un mes en el servicio H-4 cirugía general del Hospital Nacional Dos de Mayo y sus respectivas anotaciones de enfermería que se realizaran en el servicio de cirugía en un determinado turno.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes programados en post-operatorio inmediato de cirugía general que salen de la Unidad de Recuperación Post Anestésica.
- Pacientes adultos y adultos mayores.
- Pacientes de sexo femenino y masculino.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes en post-operatorio inmediato de emergencia que salen de la Unidad de Recuperación Post Anestésica.
- Pacientes suspendidos que fueron programados a sala de operaciones.
- Pacientes adolescentes.

**D. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
(VALIDACION Y CONFIABILIDAD):**

Las técnicas de recolección de datos fueron: el análisis documental, y la observación. Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

La lista de chequeo cuyo objetivo fue obtener datos acerca de las características y calidad de las anotaciones de enfermería, el cual

esta conformado por ítems que contienen aspectos a evaluar dentro de las anotaciones de enfermería. Este instrumento es utilizado por la autora del estudio, realizando antes la observación en un determinado turno.

La hoja de registro que tuvo como objetivo recabar datos sobre el estado de salud del paciente verificando las características que evidencian su estado de salud a través de la observación en un determinado turno.

Los instrumentos fueron para cada paciente en el turno diurno que ingrese al servicio de cirugía procedente de la sala de recuperación post anestésica. La hoja de registro el cual se aplico al paciente que ingreso al servicio de cirugía en donde se registro la condición en la que se encuentra el paciente y las acciones de enfermería; para registrar la lista de chequeo que se aplico a las anotaciones de enfermería que haya realizado la enfermera en el mismo paciente para verificar y/o contrastar con la información registrada en la hoja de registro del paciente.



## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Los instrumentos fueron sometidos para su validez de constructo y contenido a validación de juicio de expertos (7 jueces), conformado por enfermeras docentes y enfermeras asistenciales, tomando en cuenta las sugerencias respectivas para el mejoramiento del instrumento. Los resultados obtenidos fueron sometidos a prueba binomial, encontrándose que el error de significancia no supera los valores establecidos para  $p > 0.05$  por lo que el instrumento es válido. (Ver anexo C).

## **E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS:**

Antes de dar inicio a la recolección fue necesario coordinar con la institución, específicamente con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital, a fin de que brinde las facilidades necesarias para el manejo de los datos. Así mismo se realizó las coordinaciones con la jefa del departamento de enfermería y también con la jefa del servicio de cirugía.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de noviembre, la hoja de registro se aplicó a cada paciente programado en postoperatorio inmediato, durante el turno diurno a través de la técnica de observación, se utilizó la lista de chequeo para registrar lo observado en las anotaciones de enfermería de los pacientes en postoperatorio inmediato del servicio de cirugía; con el fin de recolectar datos sobre estas que serán de los mismos pacientes a los que se le aplicó la hoja de registro.

El procesamiento de los datos se realizó de forma manual de la siguiente manera: se vació los puntajes obtenidos, en la hoja codificada, tanto de manera general como para la dimensión considerada en el estudio; cuyos elementos son las variables: la unidad de análisis (estado de salud de los pacientes en postoperatorio y las anotaciones de enfermería) y el dato recolectado; obteniéndose la información del total de la población.

#### **F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:**

Las Características de las Anotaciones de Enfermería de manera general se determinó de la siguiente forma: registro, no registro.

El estado de salud del paciente se determinó a través de la observación y las acciones que la enfermera realizaba en el paciente y de manera general se determinó de la siguiente manera: bueno, regular, malo.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de haber recolectado los datos estos fueron procesados y vaciados en las siguientes tablas para su respectivo análisis e interpretación.

#### **A. DATOS GENERALES:**

La población estuvo conformada por 40 pacientes en postoperatorio inmediato del servicio de cirugía H4 del Hospital Nacional Dos de Mayo y sus respectivas anotaciones de enfermería.

Las edades de los pacientes oscilan entre los 18 y 92 años, la edad promedio encontrada en las mujeres son de 52 años, con un intervalo de confianza de IC (50,2 y 54) años, hombres de 29 años. Con un intervalo del (28, 34).

En cuanto al género de los pacientes podemos encontrar un equilibrio entre varones 48% y mujeres 52%.

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos de los pacientes a la mayoría de pacientes se le realizó Colectomía laparoscópica (Colelap) 40% (16), seguido de Cura Quirúrgica 18% (7).

## **B. DATOS ESPECÍFICOS:**

**EN EL CUADRO Nº 1** se puede observar la relación entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud de los paciente en postoperatorio inmediato en el estudio, hallamos que el estado de salud es considerado bueno en el 25% (10), es considerado regular 62,5% (25) y un estado de salud malo 12,5% (5), dentro del estado de salud bueno el 20% si se registró, en los pacientes regulares el 52% (13) si se registró, dentro de los considerados malo el 20% (1) si se llegó a registrar.

La enfermera asistencial brinda cuidados que aseguren la atención según niveles de prevención primaria secundaria y terciaria en el servicio de cirugía a los pacientes en postoperatorio inmediato. Dentro de las actividades que realiza la enfermera asistencial para elaborar las anotaciones de enfermería que evidencia en el estado de salud del

paciente, son documentos legales que forma parte del expediente clínico de cada paciente; sirve como registro de la información que se ha obtenido al realizar las diferentes acciones al paciente y como se encuentra éste en un determinado turno. Concluyendo que el estado de salud del paciente en estas anotaciones no fue plasmada y por lo tanto no existe relación significativa entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato.

# CUADRO Nº 1

## COHERENCIA ENTRE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA Y EL ESTADO DE SALUD EN POSTOPERATORIO INMEDIATO CONSIDENRANDO EL AREA FISICA Y LOS CRITERIOS DE ELABORACION EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA-PERU 2010

Bueno		Regular		Malo		N(%)
N		N		N		
10(25%)		25(62,5%)		5(12,5%)		40(100%)
Si R	No R	Si R	No R	Si R	No R	
2(20%)	8(80%)	13(52%)	12(48%)	1(20%)	4(80%)	

**EN EL CUADRO Nº 2** de las 40 anotaciones de enfermería podemos observar que el área física, está caracterizada por las variables: registra la valoración del examen físico 63%, registra cifras de las funciones vitales 63%, anota el estado de la conciencia 50%, registra el estado de la piel (50%), registra las características de las secreciones presentes en los apósitos de la herida operatoria 50%. Entre los últimos lugares se encuentra anota el motivo por el cual no se administra tratamiento 31%.

Las Anotaciones de Enfermería son importantes ya que la información obtenida en este registro refleja la calidad de información que se brinda sobre el paciente, la atención brindada a este y el estado de salud en el que se encuentra. Dentro del contenido de los registros de enfermería en el área física el mayor porcentaje corresponden a las cifras de las funciones vitales, examen físico y al tratamiento farmacológico, dejando de lado el aspecto relacionado al dolor del paciente la terapia farmacológica que se le brinda, lo que evidencia que la atención brindada se centraliza en controlar funciones vitales, realizar el examen físico y administrar el tratamiento farmacológico solo plasmando ellos como únicas acciones realizadas en el paciente.



## **CUADRO Nº 2**

**CARACTERISTICAS DE LAS ANOTACIONES  
DE ENFERMERIA EN EL AREA FISICA EN EL SERVICIO DE  
CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA-PERU  
2010**

<b>Items</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>
i1	10	63%
i2	10	63%
i3	8	50%
i4	8	50%
i8	8	50%
i9	7	44%
i15	7	44%
i7	6	38%
i10	6	38%
i12	6	38%
i16	6	38%
i5	5	31%
i6	5	31%
i11	5	31%
i13	5	31%
i14	5	31%
i17	5	31%

Fuente.- historias clínicas – Nov- 2010 – HNDM

**EN EL CUADRO Nº 3** podemos observar que en cuanto a las anotaciones de enfermería enmarcadas en los criterios de elaboración encontramos que en los datos de filiación colocan el nombre del paciente 80% (35) y el número de cama en un 80% (28), y en cuanto a la calidad de registro se observa que registran conservando la redacción 100% (16), seguido de uso de formato autorizado 100% (16), mantiene un orden cronológico 40% (7).

Se observa en cuanto los criterios que sólo 25% considera importante colocar la hora de ingreso del paciente y el tipo de anestesia, el 90% de enfermeras se identifican, y sólo el 30% coloca su sello, el 90% realiza plan de cuidados dentro de las anotaciones de enfermería, el 90% realiza la evaluación correspondiente a los cuidados brindados durante el turno de trabajo.

También en los datos encontrados observamos que son porcentajes menores los que se refieren a datos de filiación en el formato, así también a los cuidados brindados y del estado actual del paciente. Es por ello la importancia de los registros en la atención del paciente ya que la información vertida sirva de evidencia de la calidad de los mismos y ayude a dejar constancia escrita de lo realizado por la enfermera y el estado de salud del paciente, como consecuencia de ella va a limitar su finalidad que es el de comunicar al equipo de salud.

### **CUADRO Nº 3**

**CARACTERISTICAS DE LAS ANOTACIONES  
DE ENFERMERIA CONSIDERANDOS LOS CRITERIOS DE  
ELABORACION EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA-PERU  
2010**

<b>Items</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>
i28	16	100%
i35	16	100%
i36	16	100%
i20	15	90%
i29	15	90%
i30	15	90%
i18	14	80%
i21	14	80%
i31	14	80%
i19	12	70%
i25	12	70%
i26	12	70%
i32	12	70%
i33	12	70%
i34	10	60%
i23	8	50%
i24	8	50%
i27	8	50%
i22	7	40%

Fuente.- historias clínicas – Nov- 2010 – HNDM

**EN EL CUADRO Nº 4** de las 40 pacientes en postoperatorio inmediato hallamos que el estado de salud es considerado bueno en el 25% (10), es considerado regular 62,5% (25) y un estado de salud malo 12,5% (5). Considerando las funciones vitales, estado de conciencia, estado de la piel, dolor del paciente y características de los apósitos y complicaciones postoperatorias presentes.

El estado de salud del paciente debe estar relacionada con el diagnóstico del paciente y a las Intervenciones y respuestas del paciente a éstas. Se debe realizar con una secuencia cefalo caudal: Apariencia general, estado de conciencia, sentidos, signos y síntomas, dieta, tratamiento, eliminaciones y complicaciones del postoperatorio.

### CUADRO N°4

**CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD  
DEL PACIENTE EN POSTOPERATORIO INMEDIATO EN EL ÁREA FÍSICA  
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA-PERU  
2010**

	Bueno										Regular																									Malo					N(%)
	Nº										Nº																									Nº					
DIFICULTADES EN...	10(25%)										25(62,5%)																									5(12,5%)					100%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1	2	3	4	5	
Funciones Vitales											x	x	x	x		x		x	x		x	x			x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Estado de Conciencia											x			x	x		x		x	x			x	x			x			x	x					x	x	x	x	x	
Estado de la piel												x	x		x	x		x			x	x			x	x		x			x		x	x		x		x	x	x	
Dolor del Paciente			x	x	x	x		x	x	x	x			x	x		x		x	x			x	x		x			x		x				x	x	x	x	x	x	
Características de los apósitos	x	x					x					x				x		x			x	x		x	x		x	x		x		x	x	x		x	x	x	x		
Complicaciones Postoperatorias													x				x			x			x						x			x			x		x			x	



## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

1. No existe coherencia entre las anotaciones de enfermería y el estado de salud del paciente en postoperatorio inmediato, los 40 pacientes en cuanto a las anotaciones de enfermería han sido valorados en área física y criterios de elaboración por enfermeras; hallamos que el estado de salud es considerado bueno en el 25% (10), es considerado regular 62,5% (25) y un estado de salud malo 12,5% (5), dentro del estado de salud bueno el 20% si se registro, en los pacientes regulares el 52% (13) si se registro, dentro de los considerados malo el 20% (1) si se llevo a registrar.

2. Las características de las anotaciones de enfermería según el área física evidencia: valoración del examen físico 63%, cifras de funciones vitales 63%; estado de conciencia 50%; estado de la piel (50%); característica de las secreciones en apósitos de la herida post-operatoria 50%. Además se registra el motivo por el cual no se administra el tratamiento médico en un 31%.

3. Los criterios de elaboración de las anotaciones de enfermería evidencian registros de datos de filiación (nombre del paciente 80% (35), número de cama en un 80% (28)), y en cuanto a la calidad del registro se observa redacción 100% (16), uso de formato autorizado 100% (16), y un orden cronológico 40% (7); además solo el 25% considera importante colocar la hora de ingreso del paciente y el tipo de anestesia; el 90% de enfermeras se identifican, y sólo el 30% coloca su sello, el 90% realiza plan de cuidados dentro de las anotaciones de enfermería y el 90% realiza la evaluación correspondiente a los cuidados brindados durante el turno de trabajo.

4. Las características del en cuanto al estado de salud del paciente evidencian un estado bueno en el 25% (10), regular en un 62,5% (25) y malo en un 12,5% (5)



## **B. LIMITACIONES**

1. Los resultados solo pueden ser generalizados en servicios similares.

## **C. RECOMENDACIONES**

1. Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de las anotaciones de enfermería, que ellos evidencian los cuidados brindados al paciente y el estado de salud de este.
2. Protocolizar la elaboración de las anotaciones de enfermería a fin de que evidencien el estado de salud del paciente e incentiven el interés del personal a través de un programa de reconocimiento a la calidad de las anotaciones de enfermería.
3. Realizar investigaciones en otros servicios similares de hospitales a fin de poder establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima - Perú.
2. KOZIER B. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995
3. FRETTEL V. Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI. Perú.
4. ANGLADE C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos De Mayo en el año 2006. Perú.
5. PECHO M. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica en el año 2003. Perú.
6. BETANCOURT P, FIGUEREDO R, URIBE M Calidad de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año. Perú.
7. VARGAS C. Evaluación de los aspectos legales de las notas de enfermería Hospital Nacional De Niños Y Del Hospital Escalante Pradilla, en el año 2003. Costa Rica.
8. CARRIJO A, OGUISSO T Trayectoria de las Anotaciones de Enfermería: un estudio en periódicos nacionales (1957-2005) en el año 2006. Brasil.

9. ALCONERO A, PÉREZ S, FERNÁNDEZ R, SOLA J Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio en el año 1998. España.
10. IYER P. Proceso de atención y diagnostico en enfermería. 3era. Edición. Mc Graw-Hill. México. 1995.
11. KOZIER B. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995.
12. DAVILA V. Áreas de Posible Riesgo en Enfermería. Perú. 2002

## **BIBLIOGRAFÍA**

- BALDERAS, J. Administración en Enfermería. Interamericana. México. 1998
- CANALES, F. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. OPS. 1996
- CARPENITO, L. Planes de Cuidado y documentación en enfermería. Mc Graw-Hill.
- DUGAS, B. Tratado de enfermería practica. 4ta. Edición. Interamericana. México. 2001
- HERNÁNDEZ, A. Metodología de la Investigación. Editorial. México. 1996
- IYER, O. Proceso de Enfermería. Interamericana. México. 1990
- KOZIER, B. Tratado de Enfermería. Interamericana. México. 1995
- WOLF, L. Fundamentos de Enfermería. 4ta. Edición. Harla. México. 1993.

*ANEXOS*

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO
A	HOJA DE REGISTRO
B	LISTA DE CHEQUEO
C	GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES
D	EDAD DE LOS PACIENTES
E	SEXO DE LOS PACIENTES
F	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS PACIENTES
G	PROCESO ADMINISTRATIVO
H	PRESUPUESTO
I	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
J	CONSIDERACIONES ETICAS

## ANEXO A

### HOJA DE REGISTRO

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Cama:</b>
<b>Nº de la historia clínica:</b>	
<b>Diagnostico preoperatorio:</b>	<b>Operación:</b>
<b>Sala:</b>	<b>Turno:</b>
<b>Tipo de anestesia:</b>	
<b>Registradora:</b>	

CRITERIOS	SI	NO
Hora de ingreso del paciente.		
Funciones vitales		
Estado de conciencia		
Estado de la piel		
Estado de las mucosas		
Tipo de catéter		
Tipo de dolor del paciente		
Características de las secreciones en los apósitos de la herida operatoria		
Hidratación parenteral		
Administración de analgésicos		
Características de eliminación (emesis)		
Características de las sondas de drenaje		

## ANEXO B

### LISTA DE CHEQUEO

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_  
**Nº DE LA HISTORIA CLINICA:** \_\_\_\_\_ **OPERACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**REGISTRADORA:** \_\_\_\_\_ **SERVICIO:** \_\_\_\_\_  
**TURNO:** \_\_\_\_\_

CONTENIDO	SI	NO	OBS
<b>AREA FISICA</b>			
1. Registra la valoración mediante el examen físico.			
2. Registra cifras de las funciones vitales			
3. Anota el estado de conciencia			
4. Registra el estado de la piel			
5. Registra estado de las mucosas			
6. Anota el tipo de catéter			
7. Registra el tipo de dolor del paciente			
8. Registra las características de las secreciones presentes en los apósitos de la herida operatoria			
9. Registra la hidratación parenteral			
10. Registra la administración de analgésicos			
11. Anota la hora que se le coloca los analgésicos			
12. Registra las características de eliminación (emesis)			
13. Registra la diuresis			
14. Registra las características de las sondas de drenaje			
15. Registra diagnóstico de enfermería sobre los problemas físicos.			
16. Registra el tratamiento farmacológico administrado			
17. Anota el motivo por el cual no se administra tratamiento.			
<b>CONTENIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBS</b>
<b>CRITERIOS DE ELABORACION</b>			
<b>Datos de filiación</b>			
18. Coloca nombre y apellido del paciente			
19. Número de la historia clínica			
20. Número de cama			
21. Fecha			
22. Hora de ingreso del paciente.			
23. Tipo de anestesia			
24. Edad del paciente			
25. Diagnostico postoperatorio			



26. Realiza el plan de cuidados			
27. Realiza la evaluación del plan de cuidados			
<b>Calidad del registro</b>			
28. Registra conservando redacción, representación, orden.			
29. Registra sin enmendadura ni tachas.			
30. Registra con letra legible			
31. Usa color de lapiceros oficiales de acuerdo al turno (azul diurno y rojo noche)			
32. Coloca firma nº de colegio de enfermeros (identificación del enfermera/o)			
33. Coloca nº de colegio de enfermera (o)			
34. Coloca sello			
35. Se usa formato autorizado			
36. Mantiene orden cronológico			

## ANEXO C

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° de juez							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	0	0.062
6	1	1	1	1	1	1	0	0.062
7	1	1	1	1	1	0	1	0.062

$$(0.008 + 0.008 + 0.008 + 0.008 + 0.062 + 0.062 + 0.062 + 0.062) / 7 = 0.03$$

Se ha considerado:

1: si la respuesta es positiva

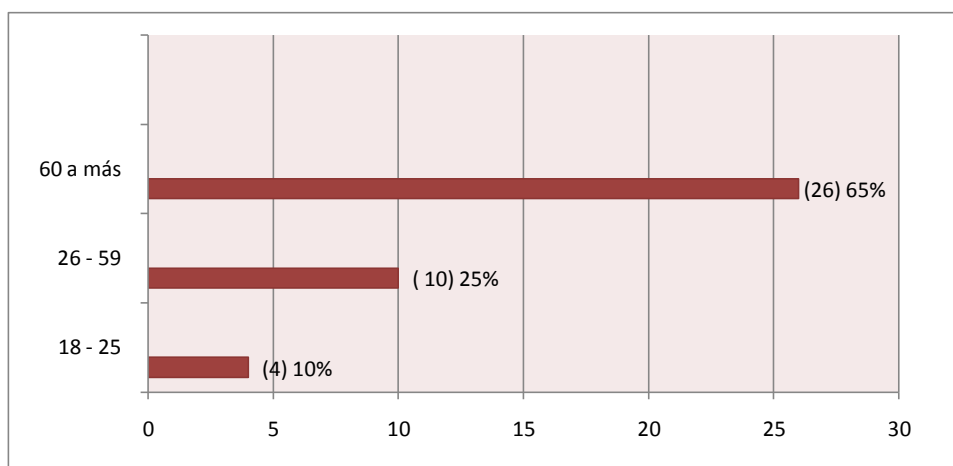
0: si la respuesta es negativa

Si  $p < 0,05$  el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

Según lo aplicado los resultados son menores de 0,05 por lo tanto es grado de concordancia es SIGNIFICATIVO.

## ANEXO D

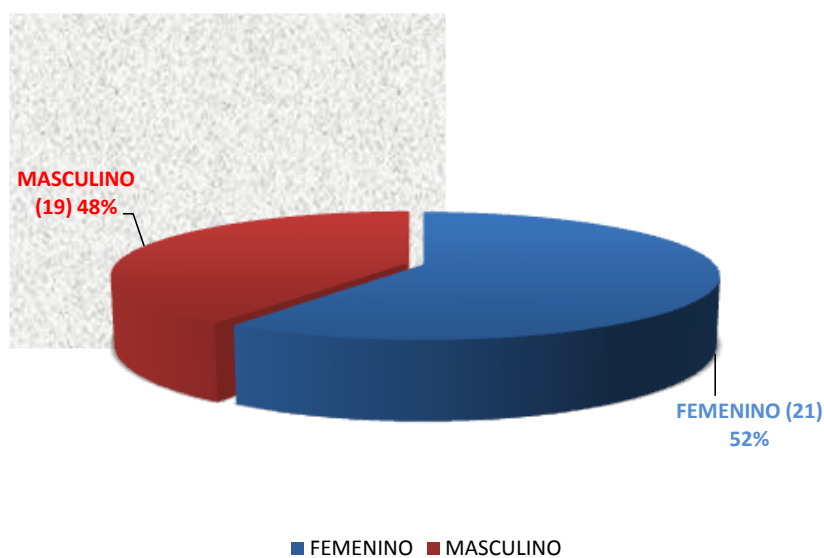
### EDAD DE LOS PACIENTES EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2010



Fuente: Hoja de registro realizada por la Investigadora.

**ANEXO E**

**SEXO DE LOS PACIENTES EN POSTOPERATORIO  
INMEDIATO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO  
2010**



Fuente: Hoja de registro realizada por la Investigadora.

## ANEXO F

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS PACIENTES EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

2010

Operaciones	Frec	%
colectap	16	40%
cura quirurgica	7	18%
derivacion biliodigestiva	5	13%
apendiceptomia	2	5%
apendilap	2	5%
gastrectomia	2	5%
colecistectomia	1	3%
cura hernia	1	3%
curaquirurgica hernia	1	3%
hernia ing	1	3%
hernioplastia	1	3%
restitucion metro	1	3%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Hoja de registro realizada por la Investigadora.

## **ANEXO G**

### **PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

#### **A. RECURSOS**

En cuanto a los elementos que se utilizaran para la realización del estudio estos son:

- Los recursos humanos son los pacientes en postoperatorio inmediato.
- Los recursos materiales son las anotaciones de enfermería, los bienes y los servicios.
- Los recursos económicos están constituido por la infraestructura del Hospital Nacional Dos de Mayo, el servicio de cirugía y en cuanto al dinero estará sujeto a la disponibilidad de la investigadora.

**ANEXO H**

**PRESUPUESTO**

<b>CANTIDAD</b>	<b>BIENES</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>5000</b>	<b>PAPEL</b>	<b>0.10</b>	<b>500</b>
<b>20</b>	<b>TINTA</b>	<b>14.50</b>	<b>290</b>
<b>30</b>	<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>	<b>5.00</b>	<b>150</b>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>940</b>
<b>CANTIDAD</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>100</b>	<b>MOVILIDAD LOCAL</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>
<b>7000</b>	<b>FOTOCOPIA</b>	<b>0.10</b>	<b>700</b>
<b>10</b>	<b>ANILLADO</b>	<b>4.00</b>	<b>40</b>
	<b>OTROS</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>1040</b>
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 1980</b>

## ANEXO I

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO							
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1. Capitulo. El Problema	X	X						
2. Capitulo. Materiales y Capitulo de Adecuación Administrativa		X	X	X				
3. Presentación Proyecto de Investigación para aprobación por Comité de Investigación de la EAPE y Resolución de Decanato.					X			
4. Tramites para Ejecución					X	X		
5. Ejecución							X	
6. Capitulo, Resultados, Discusión.							X	
7. Capitulo, Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones.							X	
8. Anexos y Otros.							X	
9. Informe Final								X



## **ANEXO J**

### **CONSIDERACIONES ETICAS**

Los procedimientos que se consignaran en la investigación no atentaron contra la dignidad de los pacientes. Sus objetivos y resultados serán transparentes y abiertos a las comisiones de ética y supervisión de la comunidad científica.

#### **Respeto a la persona**

La persona tiene derecho a ser informado y tomar voluntariamente la decisión de participar en dicho estudio lo cual implica que el investigador describa detalladamente la naturaleza del mismo.

Por otro lado en el trabajo de investigación realizado se uso la técnica de observación por ende no atenta con el respeto a la persona ni a la dignidad de la misma.

#### **Consentimiento informado**

El consentimiento informado se da cuando los participantes de un estudio se encuentran debidamente informados acerca de la naturaleza de éste y de los costos y beneficios potenciales que entrañan para poder tomar una decisión razonada sobre su participación.

**Respeto a la privacidad**

Respeto a la privacidad a través del anonimato de los pacientes en postoperatorio inmediato.

Los resultados no serán divulgados a personas ajenas o a expertos de valoración y calificación.



